



Wpis 280 z do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników
Turystycznych Marszałka Województwa Wielkopolskiego
Gwarancja ubezpieczeniowa Signal Iduna PTU S.A, nr M 518262
NIP: 618-164-29-51, Regon 250703854
www.sun-sport.pl

ORGANIZATOR AKTYWNEGO WYPOCZYNKU SUN SPORT
SUN SPORT JOLANTA WALAS-ZDUNEK
ul. Szlak Bursztynowy 11, 62-800 Kalisz
tel. 664-932-172, 664-178-883

KARTA KWALIFIKACYJNA DO UMOWY NR

z dnia **14-04-2021**
zgodna z Rozporządzeniem MEN z dn. 30.03.2016 (Dz.U. poz. 452)

Jeżeli mają Państwo istotne do przekazania Organizatorowi informacje, na które zabraknie w karcie kwalifikacyjnej miejsca, prosimy o dołączenie dodatkowej strony.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Nazwa imprezy:
Turnus
turnus odbywa się w dniach:
Adres ośrodka:

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- Data urodzenia:
- PESEL
- Imiona i nazwiska rodziców
- Numery telefonów
Mama:..... Tata:.....
Opiekuna wskazanego przez rodziców:.....
- Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:
- Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.
.....
- Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)
.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec
błonica
dur
inne
oraz numer PESEL uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Organizatora na zasadach i warunkach opisanych w informacji o przetwarzaniu zawartej w pkt 11 Umowy, w celu zapewnienia właściwej ochrony zdrowia Uczestnika wycieczki podczas turnusu (zapewnienie diety pożądanej z punktu widzenia zdrowia dziecka, dbanie o właściwe dawkowanie leków zażywanych przez dziecko).

.....
data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się: zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę/ odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu.....

.....
data i podpis organizatora wycieczki

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał: OAW | SUN SPORT, Kalisz, Szlak Bursztynowy 11 od dnia.....do dnia.....
adres miejsca wycieczki

.....
data i podpis organizatora wycieczki

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBITYCH W JEGO TRAKCIE

.....
data i podpis organizatora wycieczki

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
data i podpis organizatora wycieczki

4. Proszę wpisać ewentualne potrzeby dziecka wynikające z zachowania diety.

UWAGA! Warunki i specyfikę diety należy ustalić z organizatorem w chwili rezerwacji lub zaraz po zapisaniu dziecka wyłącznie drogą e-mailową: biuro@sun-sport.pl

**5. DOTYCZY UCZESTNIKÓW, KTÓRZY W TRAKCIE POBYTU BĘDĄ PRZYJMOWAC LEKI
BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA - ZLECENIA LEKARSKIEGO (WYPEŁNIA LEKARZ)**

Rozpoznanie choroby:

Postępowanie z dzieckiem i konieczność realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby:

Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w aktywnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych:

Nazwa leku:

Sposób i dawkowanie leku:

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

W sytuacji, gdy rodzic/opiekun prawny przekazuje (na podstawie zlecenia lekarskiego) leki, które mają być podawane dziecku, należy opisać imieniem i nazwiskiem dziecka. Leki muszą znajdować się w oryginalnych opakowaniach.

DZIECKO NIE MOŻE SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW! DOTYCZY TO WSZYSTKICH LEKÓW, TAKŻE PRZECIWBÓLOWYCH CZY SUPLEMENTÓW DIETY.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora Aktywnego Wypoczynku SUN SPORT z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Szlak Bursztynowy 11, nr tel. 664/932-172, 664/178-88 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wypoczynku, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usługi oraz w celu rozpatrzenia ewentualnych reklamacji.

7. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnie dostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże i opatrunki, maści itp.

8. Oświadczam, że skan karty kwalifikacyjnej, który przekazałam/em organizatorowi jest zgodny z posiadanym przeze mnie oryginałem.

9. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej w przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.

**10. Oświadczam, że osobą upoważniona do odbioru mojego dziecka z półkolonii będzie Pan/Pani.....
legitymujący/a się dowodem osobistym/ paszportem**

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego